

S2 21 115

S2 22 39

ARRET DU 17 JANVIER 2024

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Guillaume Grand, avocat, Sion

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée

(art. 6, 16, 18, 19 et 24 LAA ; causalité naturelle ; stabilisation de l'état de santé, rente
d'invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité)

Faits

A. X _____, né le xx.xx1 1958, divorcé et père de trois enfants majeurs, est au bénéfice d'un CFC d'ébéniste ainsi que d'un brevet d'ébéniste, obtenus respectivement en 1977 et en 1980. Depuis le 1^{er} juillet 1991, il a travaillé en tant que lignard (électricien de réseau) à un taux de 100% auprès de l'entreprise A _____ SA (anciennement B _____, puis C _____ AG), à D _____ (pièces CNA 1 et 81). A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

B. Le 7 janvier 2019, l'assuré a fait une chute d'environ trois mètres avec réception sur le côté gauche suite à la rupture de l'isolateur du sectionneur sur lequel il travaillait. Il a été amené le jour même à E _____, où un scanner du cou, du thorax et de l'abdomen a été réalisé, mettant en évidence une fracture de la 7^{ème} côte à gauche consécutive à une chute sans traumatisme crânien ni perte de connaissance (pièces CNA 1, 18, 29 et 31).

Dans un rapport du 18 mars 2019, le Dr F _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'intéressé, a indiqué que son patient souffrait d'une contusion du thorax par écrasement, d'une fracture de la 7^{ème} côte à gauche et d'un syndrome lombovertébral post-traumatique, mais que le pronostic était favorable (pièce CNA 14).

Le 6 mai 2019, le Dr G _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a observé la persistance de douleurs thoraciques antérieures à gauche. Après avoir effectué plusieurs séances de médecine manuelle du rachis dorsal, ce spécialiste a indiqué que l'assuré allait sensiblement mieux et a préconisé la poursuite d'un traitement de physiothérapie (pièce CNA 37).

Dans un rapport d'examen du 27 mai 2019, le Dr H _____, médecin d'arrondissement et spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, a relevé qu'à quatre mois et demi de la chute, la fracture de la côte était guérie, que l'entorse sterno-costale restait douloureuse et tuméfiée, qu'aucune autre lésion structurelle n'avait été occasionnée par l'événement du 7 janvier précédent, que l'évolution était lente, mais favorable, que l'intéressé avait pu reprendre son activité habituelle d'électricien de réseau à 50% dès le 20 mai 2019 et qu'une augmentation progressive de sa capacité de travail était possible, avec une reprise à 100% dès le 1^{er} août 2019 (pièce CNA 43).

Le 9 juillet 2019, l'assuré a informé la CNA qu'il se sentait de mieux en mieux au niveau de sa cage thoracique, même s'il avait parfois des sortes de pertes d'équilibre, et qu'il avait évoqué avec son médecin traitant la possibilité d'augmenter son taux de travail à 100%. Toutefois, en raison d'une blessure au mollet survenue le 5 juillet précédent, il a ajouté qu'il était à nouveau en arrêt de travail total (pièce CNA 48).

Le 3 septembre 2019, le Dr I _____, responsable de l'unité de chirurgie thoracique de J _____, a indiqué que l'intéressé l'avait consulté pour des douleurs permanentes à l'hypocondre gauche depuis la chute du 7 janvier précédent et associées à une voussure au niveau de l'arc costal de la 6^{ème} côte antérieure gauche, en raison desquelles un scanner thoracique avait été réalisé le 22 août précédent. Cette imagerie avait mis en évidence une solution de continuité de cartilage articulaire antérieur de la 6^{ème} côte avec fragments ostéochondromateux centimétriques, pour laquelle le Dr I _____ a relevé qu'une intervention chirurgicale consistant à l'ablation de la partie cartilagineuse de la 6^{ème} côte de l'arc antérieur visant à éviter des effets de frottement provoquant les douleurs était envisageable (pièces CNA 68 et 69).

Dans un rapport du 16 janvier 2020, le Dr K _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin responsable au Centre de la douleur de L _____, à M _____, s'est montré réservé quant à l'opération suggérée par le Dr I _____. Il a expliqué avoir procédé à une infiltration de lidocaïne, qui avait permis de calmer les douleurs de l'assuré pendant une quinzaine de minutes, et a recommandé que le Centre de traitement de la douleur de E _____ effectue de nouvelles infiltrations, précisant qu'une possibilité chirurgicale pourrait à nouveau être discutée si ces dernières ne suffisaient pas à diminuer durablement les douleurs (pièces CNA 91 et 96).

L'intéressé a repris son activité habituelle d'électricien de réseau à 80% dès le 29 janvier 2020, puis à 100% dès le 1^{er} mars suivant (pièces CNA 92 et 100).

Le 6 mai 2020, le Dr N _____, médecin adjoint du Centre de traitement de la douleur de E _____, a indiqué qu'il avait réalisé une infiltration test du 5^{ème} et 6^{ème} nerf costal, qui avait eu pour effet de diminuer les douleurs ressenties par l'intéressé après une dizaine minutes et qu'une nouvelle infiltration visant à bloquer le 7^{ème} nerf intercostal était prévue (pièce CNA 118).

Dans un rapport du 10 juin 2020, le Dr O _____, spécialiste FMH en neurologie, a observé que l'assuré souffrait de douleurs sterno-costales résiduelles, dans un contexte de fracture cartilagineuse de la 6^{ème} côte mal consolidée. Il n'a relevé ni déficit ni complication neurologiques et a estimé que la prise en charge du cas devait être

orthopédique. Ce spécialiste a ajouté qu'en raison des douleurs, l'intéressé présentait une déviation du tronc sur la droite, avec des signes d'une périarthropathie de la hanche droite, pour laquelle il préconisait une rééducation intensive à la P _____ (ci-après : P _____ ; pièce CNA 120).

Par déclaration de rechute du 24 juillet 2020, il a été porté à la connaissance de la CNA que l'assuré était à nouveau en incapacité totale de travail dès le 20 juillet précédent (pièce CNA 131).

L'intéressé a séjourné à la P _____ du 28 juillet 2020 au 25 août suivant. Durant ce séjour, des troubles de l'équilibre ont notamment été notés, un bilan de posturographie montrant une probable atteinte vestibulaire au décours suite à un VPPB (vertige paroxystique positionnel bénin) en décembre 2019, pour laquelle une prise en charge spécialisée de physiothérapie posturale a été mise en place (pièce CNA 137).

Dans un rapport du 22 octobre 2020, le Prof. Q _____, médecin chef du service de chirurgie endocrinienne R _____, et le Dr S _____, chef de clinique, ont indiqué que l'assuré présentait une exostose costo-chondrale de la septième côte douloureuse. Afin de diminuer ces douleurs chroniques, ces médecins ont proposé une résection de l'exostose et une reconstruction de la paroi thoracique par un filet ou du matériel d'ostéosynthèse. Cette intervention a eu lieu le 14 janvier 2021, sans complication, et a permis de diminuer nettement les douleurs (pièces CNA 172, 175 et 177).

Le 12 mars 2021, le Dr F _____ a une nouvelle fois adressé son patient au Dr O _____ en raison de récents phénomènes d'absence et l'a prié d'effectuer un EEG (électroencéphalogramme) afin de clarifier la situation (pièce CNA 191).

Le 23 mars 2021, le Dr O _____ a retenu le diagnostic de malaises récurrents avec baisse de vigilance, d'origine peu claire, après un accident de travail en décembre 2019 (sic). Ce spécialiste a ajouté que l'EEG réalisé le jour même était normal, qu'il avait dès lors écarté l'hypothèse d'une épilepsie et qu'il n'avait pas d'explication neurologique claire aux symptômes présentés par l'intéressé, à moins qu'il n'y ait des lésions cérébrales touchant les deux thalami, motif pour lequel il avait fait réaliser une IRM cérébrale. Cette dernière s'est avérée être dans les limites de la norme, ce qui impliquait une absence de substrat neurologique aux épisodes de baisse de vigilance présentés par l'assuré (pièces CNA 202, 219 et 220).

Le 24 mars 2021, à l'issue d'un examen final, la Dresse T _____, médecin d'arrondissement et spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, a relevé que l'évolution post-opératoire était particulièrement favorable avec une restauration ad integrum de la déviation scoliotique antalgique, malgré la persistance de douleurs pour lesquelles elle a proposé la prise d'antalgiques, et a ajouté qu'un bilan était en cours s'agissant des vertiges intermittents, plus marqués durant les entresaisons (printemps et automne), et des phénomènes d'absence (pièce CNA 196).

Le 29 avril 2021, le Dr U _____, médecin adjoint du service d'oto-rhino-laryngologie de V _____, a indiqué que l'assuré était connu pour un status post-traumatisme crânien consécutif à une chute survenue deux ans auparavant, que les résultats des tests de Romberg et d'Unterberger montraient un état d'instabilité dans toutes les directions, lequel pouvait être traduit par une contusion labyrinthique post-traumatisme crânien, et que le résultat du test de VHIT (video head impulse test), qui mettait en évidence une atteinte multi-canaulaire bilatérale, était compatible avec cette hypothèse (pièce CNA 228).

Le 19 juillet 2021, la Dresse T _____ a soutenu que les conclusions du Dr U _____ étaient erronées, dans la mesure où l'intéressé n'avait jamais été victime d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC), l'événement du 7 janvier 2019 constituant uniquement un traumatisme thoracique selon l'anamnèse établie le jour même aux urgences. Cette spécialiste a ajouté qu'au vu du bilan extensif comprenant une IRM cérébrale normale, un EEG lui aussi normal ainsi qu'un examen neurologique sans particularités, et en l'absence de mise en évidence de lésions ORL séquellaires compatibles avec l'événement susmentionné, les malaises et les symptômes actuels n'étaient que tout au plus possiblement en lien de causalité avec ledit événement. Elle a conclu que le cas était stabilisé et que l'assuré devait se voir reconnaître une pleine capacité de travail dès ce jour (19 juillet 2021) dans une activité adaptée n'impliquant pas de port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétée ni de mouvements en porte-à-faux du tronc. La Dresse T _____ a en outre précisé que l'intéressé ne présentait pas d'atteinte compatible avec une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI ; pièce CNA 243).

C. Par décision du 26 juillet 2021, la CNA a informé l'assuré qu'au vu des pièces médicales au dossier, il n'était pas possible de retenir un lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'accident du 7 janvier 2019 et les vertiges intermittents ainsi que les phénomènes d'absence, de sorte qu'elle ne verserait pas de prestations pour ces troubles (pièce CNA 257).

Dans un courriel du 29 juillet 2021, W _____, physiothérapeute, a indiqué que l'assuré présentait une dysfonction importante de la fonction d'équilibration avec deux systèmes lésés sur les trois la composant (somesthésique, vestibulaire et visuel), ce qui nécessitait une rééducation vestibulaire, et que ces troubles étaient en lien de causalité direct avec le TCC du 19 janvier 2019 (recte : 7 janvier 2019 ; pièce CNA 278).

Le 2 août 2021, le Dr U _____ a confirmé que le bilan otoneurologique clinique et paraclinique avait démontré un état de dysfonctionnement du système vestibulaire à l'oreille droite très probablement lié à une contusion labyrinthique bilatérale plus importante à l'oreille droite dans le contexte du traumatisme crânien sévère que l'intéressé avait subi deux ans auparavant. Compte tenu de ce tableau clinique, ce spécialiste a estimé que la relation de causalité entre le problème d'équilibre et le trauma crânien était fortement probable (pièce CNA 279).

Le 10 août 2021, l'assuré s'est opposé à la décision du 26 juillet précédent, motif pris qu'avant l'accident du 7 janvier 2019, il n'avait aucun souci d'équilibre et que les problèmes de vertiges étaient apparus environ deux mois après sa chute. Fondé sur les avis du Dr U _____ et de la physiothérapeute W _____, il a conclu à ce que les frais inhérents au traitement vestibulaire dont il avait besoin soient pris en charge par la CNA. Le 24 août suivant, l'intéressé, représenté par AXA-ARAG Protection juridique SA, a confirmé la teneur de son opposition et requis la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer l'origine des lésions vestibulaires (pièces CNA 285 et 297).

Le 4 octobre 2021, la Dresse Y _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en médecine du travail, a relevé qu'aucun traumatisme crânien, en particulier un traumatisme crânien grave, n'avait été documenté suite à la chute du 7 janvier 2019 et que la sensation de vertige avait été mentionnée pour la première fois après une longue période de latence, l'intéressé indiquant lui-même dans son opposition qu'il avait remarqué les premiers vertiges deux mois après l'accident car il était auparavant souvent couché. Cette spécialiste a expliqué que de tels vertiges, apparaissant lorsque l'assuré se levait, pouvaient être expliqués par des raisons cardio-vasculaires (vertiges orthostatiques), sans corrélat vestibulaire, et a indiqué que pour reconnaître la causalité d'un vertige vestibulaire avec un accident, il fallait d'une part un traumatisme crânien adéquat avec contusion de l'oreille interne et d'autre part l'apparition immédiate de symptômes vestibulaires, aucune de ces deux conditions n'étant en l'espèce remplie. Elle a par ailleurs ajouté que l'interprétation des résultats de l'examen otoneurologique par le Dr U _____ ne pouvait pas être retenue, dès lors qu'elle contenait des contradictions. Ainsi, en raison notamment de l'IRM normale du crâne, de l'absence

initiale de symptômes vestibulaires, de la longue période de latence avant l'apparition des vertiges subjectifs, des examens neurologiques antérieurs sans particularités et de l'interprétation incompréhensible des résultats par le Dr U _____, elle a conclu que les vertiges indiqués par l'intéressé n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement accidentel, et ce au degré de la vraisemblance prépondérante (pièces CNA 321 et 326).

Par décision sur opposition du 7 octobre 2021, la CNA a rejeté les griefs de l'assuré et confirmé sa décision du 26 juillet précédent (pièce CNA 323).

D. Par courrier du 2 août 2021, la CNA a informé l'intéressé que, selon l'avis du 19 juillet précédent de son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration des séquelles de l'accident du 7 janvier 2019, de sorte qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux ainsi que des indemnités journalières, et ce dès le 31 août 2021. La CNA a ajouté qu'elle était encore en train d'examiner la question de son droit à des prestations (rente d'invalidité, indemnité pour atteinte à l'intégrité [ci-après : IPAI]) et qu'elle le renseignerait ultérieurement à ce propos dès que possible (pièce CNA 276).

Par décision du 4 novembre 2021, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 20%, taux correspondant à la diminution de sa capacité de gain découlant de l'atteinte traumatique telle qu'elle ressortait des investigations médicales et économiques effectuées, et ce dès le 1^{er} septembre 2021. En revanche, en l'absence d'atteinte importante à l'intégrité physique, la CNA lui a dénié le droit à une IPAI (pièce CNA 339).

Le 17 novembre 2021, le Dr O _____ a posé le diagnostic de tremblement postural de la main droite, d'origine indéterminée, et a suspecté un trouble fonctionnel. Afin d'exclure un syndrome parkinsonien sous-jacent révélé par les conséquences de l'accident subi en 2019, il a requis que la CNA organise un DATSCAN (pièce CNA 353).

Le 22 novembre 2021, le Dr Z _____, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil auprès du centre de compétence de médecine des assurances, a indiqué que les plaintes exprimées au niveau de la main droite n'étaient que possiblement imputables à l'événement du 7 janvier 2019, dès lors qu'elles constituaient soit un trouble fonctionnel (pas de substrat somatique) soit un syndrome de Parkinson, qui est une atteinte malade. La CNA a ainsi refusé la prise en charge du DATSCAN requise (pièces CNA 354 et 355).

Le 26 novembre 2021, l'intéressé s'est opposé à la décision du 4 novembre précédent, concluant à l'annulation de celle-ci, à la reprise de l'instruction ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité supérieure à 20% ainsi que d'une IPAI. Il a argué avoir encore des éléments médicaux à déposer concernant les troubles vestibulaires, ces derniers entraînant selon ses dires une perte de gain plus élevée que le taux de 20% retenu ainsi que des conséquences à long terme justifiant le versement d'une IPAI. Il a en outre soutenu que le niveau de compétence 2 selon l'ESS avait été retenu à tort dans le calcul du taux d'invalidité, dès lors qu'il n'avait aucune compétence informatique et rédigeait ses courriers à la main (pièce CNA 357).

Par décision sur opposition du 13 avril 2022, la CNA a rejeté les griefs de l'assuré et confirmé sa décision du 4 novembre précédent. Elle a notamment relevé que le niveau de compétence 2 avait été appliqué à juste titre pour déterminer le revenu d'invalidé, dans la mesure où l'intéressé était au bénéfice d'une formation supérieure, à savoir d'un brevet d'ébéniste. Elle a ajouté concernant l'IPAI que selon les conclusions du médecin d'arrondissement il n'y avait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique, si bien que l'octroi d'une telle indemnité ne se justifiait pas (pièce CNA 383).

E. X _____ a recouru céans le 25 octobre 2021 (date du sceau postal), concluant à l'annulation de la décision sur opposition du 7 octobre précédent et à l'octroi de prestations LAA, notamment à la prise en charge du traitement de rééducation vestibulaire (cause S2 21 115). Il a en substance soutenu que la version des faits retenue par la CNA était erronée, en ce sens qu'il n'était pas tombé sur un isolateur au sol, mais que c'était l'isolateur auquel il était attaché qui lui était tombé dessus, qu'il était par ailleurs faux de prétendre que les troubles de l'équilibre et les vertiges n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident, qu'il attendait à cet égard un rapport d'un de ses médecins, et que la CNA sous-estimait le traumatisme crânien qu'il avait subi, alors qu'il avait perdu connaissance et avait dû être réveillé plusieurs fois in extremis. En outre, au vu des avis opposés de la Dresse T _____ et du Dr U _____, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 2 décembre 2021, la CNA a indiqué que la nouvelle version des faits relatée par le recourant ne changeait pas les conclusions médicales, la Dresse T _____ ayant précisé, le 1^{er} décembre précédent, que quel que soit le mécanisme de la chute, celle-ci avait engendré une fracture de la 7^{ème} côte à gauche sans autre lésion ostéo-ligamentaire, ni TCC. L'intimée a ajouté qu'elle n'avait pas simplement choisi l'appréciation médicale lui permettant de refuser des prestations mais que le dossier de l'intéressé avait été soumis à une spécialiste ORL (Dresse Y _____), qui

avait expliqué de manière détaillée pour quelles raisons la position du Dr U _____ ne pouvait être suivie, de même que les motifs pour lesquels un lien de causalité entre l'accident du 7 janvier 2019 et les problèmes dont l'assuré se plaignait n'avait pas été reconnu. La CNA a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 4 janvier 2022, le recourant a versé en cause un courriel du 6 décembre précédent du Dr U _____, qui a rappelé que l'évaluation ORL avait mis en évidence un dysfonctionnement de l'oreille interne qui était très probablement en rapport avec l'accident, lequel avait été compliqué d'un traumatisme crânien, même si d'autres causes pouvaient également être à l'origine des vertiges et des troubles de l'équilibre.

Le 8 février 2022, la CNA a relevé que la prise de position du Dr U _____ n'apportait pas d'éléments nouveaux, de sorte qu'elle confirmait le contenu de sa décision sur opposition du 7 octobre 2021 ainsi que de sa réponse.

L'échange d'écritures dans la cause S2 21 115 a été clos le 9 février 2022.

F. X _____ a également recouru céans le 12 mai 2022 contre la décision sur opposition du 13 avril précédent, concluant à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète ainsi que d'une IPAI (cause S2 22 39). Il a en substance soutenu que le niveau de compétence 2 retenu par l'intimée pour ses calculs était erroné et que le montant de l'IPAI dépendrait des résultats de l'expertise requise dans la cause S2 21 115. A cet égard, il a demandé la jonction des causes S2 21 115 et S2 22 39, qui concernaient les mêmes parties et le même état de fait. Enfin, il a indiqué avoir dû récemment se rendre aux R _____ suite à une aggravation de son état de santé liée au traumatisme crânien subi lors de l'accident litigieux ainsi qu'aux troubles vestibulaires et de l'équilibre.

Dans sa réponse du 9 juin 2022, la CNA a constaté que le recourant n'alléguait aucun élément nouveau et a conclu au rejet du recours. Elle a en outre précisé que la situation médicale sur la base de laquelle elle s'était déterminée était stable et que la question des troubles vestibulaires soulevée dans le recours était l'objet de la cause S2 21 115.

En l'absence d'observations complémentaires, l'échange d'écritures dans la cause S2 22 39 a été clos le 15 juillet 2022.

Le 10 janvier 2024, Me Grand a informé la Cour de céans qu'il représentait désormais les intérêts de X _____, selon procuration déposée le 10 novembre 2023, Axa ARAG Protection juridique SA l'ayant mandaté pour ce faire.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste les 25 octobre 2021 (date du sceau postal) et 12 mai 2022, les recours respectifs à l'encontre des décisions sur opposition de la CNA des 7 octobre 2021 (cause S2 21 115) et 13 avril 2022 (cause S2 22 39) ont été interjetés dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Ils répondent par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

1.2 En vertu de l'article 61 in initio LPGA en lien avec l'article 80 alinéa 1 lettre d LPJA, lequel renvoie aux articles 56 alinéa 1 et 11b alinéa 1 LPJA, la Cour procède dans le présent jugement à la jonction des deux causes précitées, conformément à la demande formulée par le recourant dans son recours du 12 mai 2022. Celles-ci concernent en effet la même personne assurée et portent sur un état de fait identique. Cette jonction s'impose également afin de simplifier les procédures (ATF 144 V 173 consid. 1.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2022 du 31 janvier 2023 consid. 1).

2.

2.1 L'objet du litige porte en premier lieu sur la décision de la CNA, rendue sur opposition le 7 octobre 2021, de refuser de prester pour les vertiges intermittents ainsi que pour les phénomènes d'absence, faute de lien de causalité au moins vraisemblable entre ces troubles et l'accident du 7 janvier 2019 (cause S2 21 115).

2.2 Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

2.3 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

En vertu de l'article 36 alinéa 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est

manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

2.4 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 précité

consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1, 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.2 et les références). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1)

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 134 V 231 et 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De

plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt du Tribunal fédéral 8C_712/2021 du 10 août 2022 consid. 3.2.2).

2.5 Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si la CNA était fondée à refuser de prester pour les vertiges intermittents ainsi que pour les phénomènes d'absence présentés par l'assuré, faute de lien de causalité pour le moins vraisemblable entre ces troubles et l'accident du 7 janvier 2019. Pour arriver à cette conclusion, l'intimée s'est basée sur les appréciations des Dresses T _____ et Y _____, qui ont retenu que les vertiges mentionnés par l'intéressé n'étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas en lien de causalité avec l'accident du 7 janvier 2019. À l'inverse, le recourant se prévaut des avis du Dr U _____ et de la physiothérapeute W _____, selon lesquels le problème d'équilibre de l'assuré était en lien de causalité fortement probable avec le traumatisme crânien sévère ayant eu lieu lors dudit accident.

2.5.1 Au vu du dossier, il appert que l'argumentation du recourant ne peut pas être suivie. En effet, s'il est vrai que le Dr U _____ et la physiothérapeute W _____ ont reconnu l'existence d'un lien de causalité fortement probable entre les problèmes d'équilibre de celui-ci et son accident professionnel du 7 janvier 2019, force est toutefois de constater que leurs conclusions se fondent sur la prémisse erronée selon laquelle l'assuré aurait subi un traumatisme crânio-cérébral lors dudit accident (cf. rapports du Dr U _____ des 29 avril 2021 et 2 août 2021 et courriel de la physiothérapeute W _____ du 29 juillet 2021). Or, il ne ressort d'aucune pièce médicale établie dans les suites directes de l'accident du 7 janvier 2019 qu'un tel traumatisme aurait eu lieu. A cet égard, la Cour relève que tant le rapport médical initial LAA que le rapport de consultation aux urgences du 7 janvier 2019 (cf. pièces 29 et 31) font état d'un patient qui avait chuté d'une hauteur d'environ 2,5 mètres avec réception sur le côté gauche sans traumatisme crânien ni perte de connaissance et qui présentait des douleurs du gril costal gauche (arc costal 6 à 9), en raison desquelles un scanner du cou, du thorax et de l'abdomen avait été réalisé le jour même de l'accident et avait mis en évidence une fracture de la 7^{ème} côte à gauche. Par ailleurs, aucune pièce médicale au dossier ne fait état d'un traumatisme crânio-cérébral avant le rapport du 29 avril 2021 du Dr U _____, établi plus de deux ans après l'accident, et celui de la physiothérapeute W _____ du 29 juillet suivant. En outre, la Cour relève que ni le Dr U _____ ni

la physiothérapeute W _____ n'expliquent pour quelle raison ils retiennent qu'un TCC se serait produit lors de l'événement accidentel de janvier 2019 et se contentent de prendre ce fait pour acquis alors même que l'ensemble des pièces au dossier constitué pendant plus de deux ans ne permet pas de retenir ce fait comme réalisé. Dès lors, ces avis ne sauraient constituer une preuve suffisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, de l'existence d'un lien de causalité entre la chute du 7 janvier 2019 et les problèmes d'équilibre du recourant.

2.5.2 A l'inverse, tant la Dresse T _____ que la Dresse Y _____, médecins-conseils de l'intimée, se fondant sur l'ensemble des pièces au dossier, ont expliqué de manière claire, et sur la base d'une évaluation médicale complète et approfondie, pour quelles raisons les vertiges et les troubles de l'équilibre du recourant n'étaient pas en lien avec l'accident du 7 janvier 2019.

En effet, dans son appréciation du 19 juillet 2021, la Dresse T _____ a relevé que les conclusions du Dr U _____, compatibles avec une atteinte labyrinthique post-traumatique dans un contexte de TCC sévère, étaient erronées, dans la mesure où l'assuré n'avait jamais été victime d'un tel traumatisme. A cet égard, elle a souligné que l'accident du 7 janvier 2019 avait seulement impliqué un traumatisme thoracique selon l'anamnèse établie le jour même aux urgences et que l'unique diagnostic retenu était celui de fracture de la 7^{ème} côte à gauche. La Dresse T _____ a par ailleurs ajouté qu'au vu du bilan extensif comprenant une IRM cérébrale normale, un EEG lui aussi normal ainsi qu'un examen neurologique sans particularités, et en l'absence de mise en évidence de lésions ORL séquellaires compatibles avec l'événement du 7 janvier 2019, les malaises et les symptômes de vertiges relatés par l'assuré n'étaient que tout au plus possiblement en lien de causalité avec ledit événement.

Quant à la Dresse Y _____, dans son appréciation du 6 décembre 2021, elle a expliqué de manière détaillée qu'aucun traumatisme crânien, en particulier un traumatisme crânien grave, n'avait été documenté suite à la chute du 7 janvier 2019 et que les vertiges, apparaissant lorsque l'assuré se levait, pouvaient être expliqués par des raisons cardio-vasculaires (vertiges orthostatiques), sans corrélat vestibulaire. Cette spécialiste a par ailleurs indiqué que pour reconnaître la causalité d'un vertige vestibulaire avec un accident, il fallait d'une part un traumatisme crânien adéquat avec contusion de l'oreille interne et d'autre part l'apparition immédiate de symptômes vestibulaires, aucune de ces deux conditions n'étant en l'espèce remplies au vu de l'apparition des symptômes plus de deux mois après l'accident et en l'absence de TCC signalé dans les suites immédiates de l'accident. La Dresse Y _____ a en outre

ajouté que l'interprétation des résultats de l'examen otoneurologique par le Dr U _____ ne pouvait pas être suivie, dès lors qu'elle contenait des contradictions, cette spécialiste mentionnant par exemple le fait que le Dr U _____ ait d'une part noté que les tests fonctionnels n'avaient révélés aucun déficit cochléo-vestibulaire et d'autre part que le test de Babinski était utilisé pour expliquer un dysfonctionnement cochléo-vestibulaire. Ainsi, en raison notamment de l'IRM normale du crâne, de l'absence initiale de symptômes vestibulaires, de la longue période de latence avant l'apparition des vertiges subjectifs, des examens neurologiques antérieurs sans particularités et de l'interprétation incompréhensible des résultats par le Dr U _____, elle a conclu que les vertiges indiqués par l'intéressé n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement accidentel, et ce au degré de la vraisemblance prépondérante.

2.5.3 Dans ces circonstances, il appert que les différents avis médicaux au dossier permettaient à l'intimée de porter un jugement valable sur le présent cas, sans qu'il se justifie de donner suite aux moyens de preuve requis par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une expertise (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1). Dès lors, faute d'éléments pertinents permettant de mettre en lien les troubles de l'équilibre présentés par le recourant avec l'accident du 7 janvier 2019, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prêter pour cette atteinte. Le recours doit ainsi être rejeté sur ce point et la décision entreprise du 7 octobre 2021 confirmée.

3.

3.1 En second lieu, l'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance (rente d'invalidité, IPAI), respectivement sur la stabilisation de son état de santé (cause S2 22 39).

3.2. Le recourant soutient tout d'abord que son état de santé n'est pas stabilisé puisqu'il a dû se rendre « récemment » aux R _____ en raison de l'aggravation de ses troubles vestibulaires et de l'équilibre ainsi que de l'atteinte liée au traumatisme crânien subi lors de l'accident du 7 janvier 2019.

3.2.1 Selon l'article 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

En vertu de l'article 19 alinéa 1 LAA, le droit à la rente prend naissance lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré. Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical, respectivement aux indemnités journalières, et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé.

La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêts du Tribunal fédéral 8C_584/2009 consid. 2, in SVR 2011 UV n° 1 p. 1 ; 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance, ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et jurisprudence citée ; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 274). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1, in RAMA 2005 n° U 557 p. 388 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_270/2018 du 6 juin 2019 ; 8C_215/2018 du 4 septembre 2018 consid. 5.2.2). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 pour cent au moins).

Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (cf. FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., n. 222 p. 975).

3.2.2 En l'occurrence, la Dresse T _____ a retenu le 24 mars 2021, à l'issue d'un examen final, que l'évolution post-opératoire était particulièrement favorable avec une restauration ad integrum de la déviation scoliotique antalgique, malgré la persistance de douleurs pour lesquelles elle avait prescrit des antalgiques, et qu'un bilan était en cours s'agissant des vertiges intermittents. Une fois ce dernier réalisé, elle a conclu, dans son appréciation du 19 juillet 2021, que le cas était stabilisé, l'intéressé ayant une pleine

capacité de travail dans une activité adaptée n'impliquant pas le port de charges supérieures à 10-15 kg ni de mouvements en porte-à-faux du tronc. Le recourant se contente quant à lui d'alléguer que son état de santé se serait aggravé au niveau de ses troubles de l'équilibre et de l'atteinte consécutive au TCC lié à l'accident du 7 janvier 2019. Or, il a été établi ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.5) qu'aucun traumatisme crânio-cérébral n'avait eu lieu lors dudit accident et que les troubles de l'équilibre n'en étaient pas une conséquence, si bien qu'une éventuelle aggravation de ces troubles n'est pas pertinente quant à la stabilisation du cas. Il appert en outre que l'assuré n'a produit aucun avis médical de nature à établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - que l'on pouvait encore attendre d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé au-delà du 19 juillet 2021, ni même aucun avis médical attestant d'une éventuelle aggravation de son état de santé.

En conséquence, et compte tenu de la pleine valeur probante reconnue ci-dessus à l'avis de la Dresse T _____ (cf. *supra* consid. 2.5.2), il y a lieu d'admettre qu'il n'existe aucun traitement susceptible d'améliorer de manière significative l'état de santé du recourant et de considérer la situation comme globalement stationnaire depuis l'appréciation de la Dresse T _____ du 19 juillet 2021. Au vu de ces éléments, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme au paiement des soins médicaux et au versement des indemnités journalières dès le 31 août 2021 et a procédé à l'examen du droit de l'assuré à une rente d'invalidité ainsi qu'à une IPAI. Mal fondé, ce grief doit être rejeté et la décision sur opposition du 13 avril 2022 confirmée sur ce point.

3.3 Le recourant reproche ensuite à l'intimée de lui avoir dénié le droit à une IPAI, qui se justifierait selon lui en raison des conséquences à long terme de ses troubles vestibulaires.

3.3.1 Selon l'article 24 alinéa 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 OLAA).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 consid. 2.3 ; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant.

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

3.3.2 En l'espèce, le recourant affirme que les troubles vestibulaires dont il souffre justifieraient le versement d'une IPAI.

Le défaut de lien de causalité entre les troubles de l'équilibre et les vertiges présentés par l'intéressé et l'accident du 7 janvier 2019 ayant été établi ci-dessus (cf. *supra* consid. 3.2.2), c'est à bon droit que l'intimée n'en a pas tenu compte dans son appréciation de l'atteinte à l'intégrité subie par l'intéressé. Par ailleurs, la valeur probante de l'avis du 19 juillet 2021 de la Dresse T _____, qui n'a reconnu aucune atteinte compatible avec une IPAI, ayant été confirmée ci-dessus (cf. *supra* consid. 3.2.2), c'est à juste titre que la CNA s'est fondée sur l'avis de cette dernière pour dénier le droit à une telle indemnité au recourant. Ce dernier n'a du reste produit aucun rapport médical attestant d'une atteinte justifiant le versement d'une IPAI.

Mal fondé, ce grief doit ainsi être rejeté et la décision sur opposition du 13 avril 2022 confirmée sur ce point.

3.4 Le recourant conteste enfin la rente d'invalidité de 20% octroyée par l'intimée. Plus particulièrement, il considère que le niveau de compétence 2 appliqué par la CNA pour établir son revenu avec invalidité est erroné, dans la mesure où il n'a aucune compétence informatique et rédige ses courriers à la main.

3.4.1 Si un assuré est invalide (art. 8 LPGA), c'est-à-dire qu'il subit une incapacité de gain permanente ou de longue durée (art. 7 LPGA) par suite d'un accident et que celle-ci s'élève à au moins 10%, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'article 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2)

Pour évaluer la perte de gain ou taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu toucher s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion de marché du travail équilibré telle que définie à l'article 16 LPGA comprend une grande variété d'activités en termes d'exigences professionnelles et intellectuelles ainsi que d'efforts physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b). Dans ce contexte, il ne faut pas partir du principe qu'il existe des possibilités d'emploi irréalistes, mais seulement des activités qui sont raisonnables, compte tenu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas individuel. On ne devra cependant pas poser d'exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de revenus (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_910/2015 du 19 mai 2016 consid. 4.2.1 et 9C_485/2014 du 28 novembre 2014 consid. 2 et 3.3.1).

Lorsqu'un l'assuré exerce une activité après la survenance de l'atteinte à la santé, le salaire qu'il en retire ne sera pris en compte pour arrêter le revenu d'invalidité que si trois conditions cumulatives sont remplies : l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé doit reposer sur des rapports de travail particulièrement stables ; cette activité doit en outre permettre la pleine mise en valeur de la capacité résiduelle de travail exigible ; le gain obtenu doit enfin correspondre au travail effectivement fourni et ne pas contenir d'éléments de salaire social (ATF 139 V 592 consid. 2.3, 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1, arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2017 du 19 juin 2018 consid.

3.2). On se fondera en revanche sur un revenu d'invalidé théorique lorsque l'assuré ne met pas — ou pas pleinement — à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans cette hypothèse, le revenu d'invalidé pourra être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3, 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit. ch. 236 ss).

Le choix du niveau de compétence dans l'ESS est une question de droit que le juge examine librement (ATF 143 V 295 consid. 2.4). Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples accessibles sans formation particulière, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêts du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 et les références).

On rappellera que lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1, à la ligne "total secteur privé"; on se réfère à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b).

3.4.2 En l'espèce, le recourant est au bénéfice d'un CFC d'ébéniste ainsi que d'un brevet d'ébéniste, soit d'une formation supérieure, obtenus respectivement en 1977 et en 1980, et a travaillé en tant que lignard (électricien de réseau) dès le 1^{er} juillet 1991 auprès de l'entreprise A _____ SA (anciennement B _____, puis C _____ AG), à D _____. Sur la base de ce niveau de formation, l'intimée a considéré que selon l'ESS, le niveau de compétence 2 lui était applicable.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, si la personne assurée ne peut plus effectuer l'activité exercée avant la survenance de l'invalidité, l'application du niveau de compétence 2 se justifie uniquement si elle dispose de compétences ou de connaissances particulières (arrêts du Tribunal fédéral 8C_131/2021 du 2 août 2021 consid. 7.4.1, publié in SVR 2022 UV n° 3 p. 7; 8C_226/2021 du 4 octobre 2021 consid. 3.3.3.1; 8C_5/2020 du 22 avril 2020 consid. 5.3.2 et l'arrêt cité).

Le niveau de compétence 2 a récemment été admis dans le cas d'un entrepreneur de jardinage indépendant qui avait travaillé pendant de nombreuses années en tant que contremaître (arrêt du Tribunal fédéral 8C_276/2021 du 2 novembre 2021 consid. 5.4.1), chez une vendeuse de textiles qui avait terminé son apprentissage avec d'excellentes notes et avait ensuite rapidement accédé à un poste de responsable de filiale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_374/2021 du 13 août 2021 consid. 5.3 à 5.7), chez un gérant et directeur d'une entreprise de construction qui disposait à la base d'une formation de charpentier et qui avait fait une formation continue pour devenir contremaître et directeur de projet (arrêt du Tribunal fédéral 8C_5/2020 du 22 avril 2020 consid. 5.3.2), chez un charpentier indépendant qui, au sein de son entreprise, effectuait aussi des tâches administratives et qui était responsable de quatre collaborateurs et de deux apprentis (arrêt du Tribunal fédéral 8C_732/2018 du 26 mars 2019 consid. 8.2) ou encore chez un assuré qui n'avait pas de diplôme d'apprentissage mais qui était chef d'une entreprise dans l'industrie de la construction et avait, avant son atteinte à la santé, un revenu nettement supérieur à celui qu'il aurait pu obtenir en tant qu'employé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_457/2017 du 11 octobre 2017).

En revanche, dans le cas d'un carreleur qui, durant les 30 ans de son activité lucrative indépendante, n'avait jamais effectué des tâches administratives, le Tribunal fédéral a considéré que l'assuré ne disposait pas de compétences ou de connaissances particulières et qu'il fallait donc déterminer le revenu d'invalidé en appliquant le niveau de compétence 1 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.2). Il en a fait de même dans le cas d'une assurée qui avait travaillé de nombreuses années

en tant qu'infirmière mais qui n'avait pas de formation commerciale ni d'expérience dans ce domaine (arrêt du Tribunal fédéral 8C_226/2021 du 4 octobre 2021 consid. 3.3.3).

Au vu de cette jurisprudence, la Cour de céans considère que le type de travail encore à la portée du recourant justifie de se fonder sur le niveau de compétence 1 de l'ESS et non sur le niveau de compétence 2. En effet, il ressort de l'instruction médicale que le recourant ne peut plus effectuer son activité habituelle d'électricien de réseau, mais qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'impliquant pas le port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétée ni de mouvements en porte-à-faux du tronc, de sorte que le niveau de compétence 2 lui est applicable uniquement s'il dispose de connaissances ou de compétences particulières. Or, si l'assuré est certes au bénéfice d'un CFC et d'un brevet d'ébéniste obtenus respectivement en 1977 et en 1980, il ne ressort aucunement du dossier qu'il ne bénéficierait d'une longue expérience professionnelle dans son domaine de formation. Au contraire, l'intéressé a travaillé plus de 28 ans en tant que lignard (électricien de réseau) salarié et ne dispose d'aucune autre formation. En outre, rien ne permet d'affirmer qu'il serait apte à exercer une activité administrative, l'assuré indiquant à ce propos – sans être contredit par l'intimée – qu'il ne dispose pas de connaissance en informatique et qu'il rédige ses courriers à la main. Quant aux autres activités visées par le niveau 2, telles que la vente, les soins, le traitement de données, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules, elles nécessitent toutes un minimum de formation ou de connaissances dont ne dispose pas le recourant.

3.4.3 Par conséquent, le taux d'invalidité doit être recalculé. Il convient de se référer aux salaires statistiques de l'ESS de 2020, la décision sur opposition ayant été rendue postérieurement à la publication de ceux-ci (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.1.2 et 4.1.3 et les références). Il faut ensuite se fonder sur le salaire auquel peuvent prétendre les hommes (« total ») du niveau de compétence 1, soit 5261 fr. par mois, montant qui doit être adapté à l'horaire de travail moyen (41,7 heures par semaine) ainsi qu'à l'indice des salaires nominaux (- 0,2 % en 2021). Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 65'683 fr. 80 par année. Compte tenu d'un revenu sans invalidité – non contesté – de 89'400 fr., il résulte un taux d'invalidité de 26,53 % qui doit être arrondi au pour-cent supérieur de 27 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Partant, ce grief doit être admis et la décision sur opposition du 13 avril 2022 réformée sur ce point.

4.

4.1 Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. f^{bis} LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

4.2 Selon les articles 61 lettre g LPGA et 91 alinéa 1 LPJA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a et 110 V 365 consid. 3c ; SVR 2001 AHV no 4 p. 12 consid. 3b).

Aux termes de l'article 27 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar ; RS/VS 173.8), les honoraires sont fixés d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique, et la situation financière des parties. D'une façon générale, le juge est en mesure de se rendre compte de la nature et de l'ampleur des opérations que le procès a nécessitées (ATF 139 V 496 consid. 5.1). Il ne prend en compte que le temps utilisé par l'avocat qui s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche (ATF 109 la 107 consid. 3b ; arrêt 5D_54/2014 du 1er juillet 2014 consid. 2.2 ; RVJ 2009 160 consid. 5a). La durée de l'activité utilement déployée par un avocat diligent est appréciée en procédant par estimation, en fonction du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (RVJ 1994 153 consid. 3c). Devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 fr. et 11 000 fr. (art. 40 al. 1 LTar) selon l'importance et la complexité du litige et non pas en fonction de la liste des opérations de l'avocat de choix, d'une association ou d'une protection juridique. La LTar consacre le principe de l'évaluation globale des dépens (art. 4 al. 1 et art. 27 al. 4 LTar), laissant dans ce cadre à l'autorité ou au juge un large pouvoir d'appréciation qui doit néanmoins être exercé dans les limites fixées par la loi.

En l'occurrence, le recourant obtient partiellement gain de cause sur la question du taux de la rente d'invalidité (cause S2 22 39), de sorte qu'une partie de ses dépens doit être supportée par l'intimée.

L'activité utile de l'ancien mandataire, soit une assurance de protection juridique, a consisté en la rédaction d'un mémoire de recours de 2 pages. Au vu des critères précités, de la complexité moyenne de l'affaire et du fait que le recourant obtienne gain de cause sur une question qu'il a brièvement soulevée dans son écriture, la Cour fixe les dépens

réduits à un montant arrondi de 600 fr., débours et TVA compris (ATF 126 V II consid. 2 et 120 la 169).

Prononce

1. Les causes S2 21 115 et S2 22 39 sont jointes.
2. Le recours contre la décision sur opposition du 7 octobre 2021 est rejeté (cause S2 21 115).
3. Le recours du 12 mai 2022 (cause S2 22 39) est partiellement admis et la décision sur opposition du 13 avril 2022 réformée en ce sens que X _____ est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 27% dès le 1^{er} septembre 2021. Il est pour le reste rejeté.
4. Il n'est pas perçu de frais.
5. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) versera à X _____ une indemnité de 600 francs à titre de dépens.

Sion, le 17 janvier 2024